

登園証明書

氏名 _____ 印 _____

下記の病名で 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から療養中のところ症状も回復し、
支障がない状態になったので 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日から登園可能と判断します。

記

病 名 (_____)

〈登園後の注意事項〉

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関

医師名 _____ 印 _____

大崎キッズイマジン保育園
大崎市古川塚目字屋敷32-1
TEL 0229-25-7277
FAX 0229-25-7278